Aus dem Pathologischen Institut der Universität Würzburg.
Vorstand: Professor Dr. Groll.

Über Hämangioendotheliome der Mamma.

Inaugural-Dissertation
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
vorgelegt von

Johanna Wurzinger
aus Kempten i. Allg.

1938
Buchdruckerei Richard Mayr, Würzburg

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent: Professor Dr. Groll.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549822_0102

In der Geschichte der Medizin sind geschwulstartige Neubildungen, die in oder um die Brustdrüse gelegen sind, schon seit dem Altertum bekannt. Die besondere Häufigkeit der Brusttumoren im Verhältnis zu denen des übrigen Körpers und ihre leichten Erkennungsmöglichkeiten haben schon frühzeitig zu einer Unterscheidung zwischen ausgereiften gutartigen, und unausgereiften bösartigen geführt.

Unter den Ersteren überwiegen heute die fibroepithelialen Neubildungen ganz außerordentlich gegenüber den mesenchymalen. An den bösartigen Geschwülsten haben ebenfalls die epithelialen (Carcinome) den Hauptanteil gegenüber den bindegewebigen (Sarkome). Das männliche Geschlecht ist mit rund 1% an diesen Tumoren beteiligt. Es soll hier nicht von den allgemein bekannten und häufigen Geschwulstformen wie Carcinomen, Fibroadenomen und anderen die Rede sein. Es handelt sich vielmehr um zwei Tumoren, die das Institut im Verlaufe von wenigen Tagen zur Beurteilung erhielt. Sie weisen in der Seltenheit des mikroskopischen Bildes große Ähnlichkeiten auf und müssen nach eingehenden Untersuchungen zu der seltenen, wohl auch noch etwas ungeklärten Gruppe der Hämangioendotheliome der Brust gezählt werden.

Im folgenden sei mir gestattet, durch eine kurze Zusammenfassung der charakteristischen Merkmale dieser Tumorart, durch eine ausführliche Darstellung des mikroskopischen Bildes und durch Anführung ähnlicher in der Literatur bekannt gewordener Fälle diese Diagnosestellung zu rechtfertigen.

Als erstes sei der Begriff eines Hämangioendothelioms genauer definiert. Angiome sind Neubildungen, in welchen der Gefäßbildungsprozeß das Wesentliche ausmacht, Tumoren, deren Parenchym aus Gefäßen neuer Bildung aufgebaut ist. Von den beiden Formen der Angiome, den Hämangiomen und den Lymphangiomen der Mamma sind erstere selten und diese nur zweimal beschrieben. Blutgefäßneubildungen in Geschwulstform nennt man Hämangiome.

An der Brust kommen diese am häufigsten kutan oder subkutan über der Drüse gelegen vor. Innerhalb der Geschwülste finden sich keine Drüsen oder Ausführungsgänge.

Reine Hämangiome sind gutartige Tumorformen. Maligne, echt metastasierende Tumoren vom Bau typischer Angiome sind äußerst selten. Es sind dann immer stark proliferierende Kapillarangiome mit atypischen Endothelien.

Um die Bezeichnung Hämangioendotheliom genau verstehen zu können, muß auch der Begriff des Endothelioms an sich klargestellt sein. Das mikroskopische Aussehen dieser Geschwülste ist äußerst wechselvoll. Diese Variabilität ist aus dem morphologischen und biologischen Verhalten des angioblastischen Gewebes heraus verständlich. Entsprechend der normalen Entwicklung treten in Endotheliomen von niederer Gewebsreife solide schmale Zellstränge in netzartiger Anordnung hervor (plexiformer Typ). In höher ausgereiften bilden sich Lumina, Röhren und Schläuche (tubulöser Typ). In diesen finden sich rote Blutkörperchen. Von den normalen Kapillaren eines einfachen Angioms unterscheiden sich diese Röhren und Schläuche durch üppigere Wucherung der Endothelien. — Man kann eine Geschwulst nur als Endotheliom bezeichnen, wenn 1. die Endothelien selbst die Mutterzellen der Geschwulst bilden, 2. wenn sich der Übergang von platten Endothelzellen in Geschwulstparenchym an ein und derselben Kapillare eindeutig nachweisen läßt, 3. wenn eine Proliferation in die Lichtung der Endothelröhren festzustellen ist. (Bei perivascaler Ausbreitung spricht man von Peritheliom.)

Das Endotheliom kann nun auch wieder von der vollständig reifen Form (des Angioms) in allen Variationen bis zur unreifen bösartigen Form, die wenig Neigung zeigt Gefäße zu bilden, sondern atypische, diffuse Wucherungen, vorkommen. (Endothelioma destruens — malignum.) Diese Variabilität ist es auch, die eine endgültige Entscheidung, ob gut- oder bösartig gerade bei diesen Geschwülsten sehr erschwert. — Die Bezeichnung Hämangioendotheliom soll also eine Blutgefäßgeschwulst charakterisieren, deren Ausgangspunkt das Endothel darstellt.

An diese Allgemeinbetrachtungen schließt sich nun die Darstellung unserer beiden Tumoren.

Fall 1:

Anamnese: 45jährige Patientin, die am 11. 8. 1936 an Gürtelrose erkrankt war. Damals hatte sie Schmerzen in der linken Brust im äußeren oberen Quadranten, weit nach außen. Es war aber nichts fühlbar. Seit dem 8. 9. 1936 findet sich an dieser Stelle ein etwa kirschgroßer, schmerzhafter Tumor, der gegen die Haut und auf der Unterlage verschieblich ist. Bei der Operation zeigt sich ein leicht ausschälbarer, vollständig abgekapselter Tumor im Fettgewebe der Mamma.

Die mikroskopische Untersuchung bietet ebenfalls das Bild einer vollständig abgekapselten Geschwulst. Die verhältnismäßig dicke, bindegewebige Kapsel und das anliegende Fett- und Mammagewebe weisen chronische entzündliche Infiltrationen auf. Die Geschwulst selbst ist im Zentrum und an einer Seite bis zum Rande hin vollständig nekrotisch.

Als fast vollkommen zirkuläre Schicht um diese nekrotischen Teile angeordnet finden sich Bezirke, die viel Blutbestandteile enthalten und von Leukozyten durchsetzt sind. Erst gegen den Rand zu läßt sich an dem auch schon entzündlich infiltrierten Gewebe das eigentliche Geschwulstparenchym erkennen. Es handelt sich um äußerst verzweigte Maschenräume, die mit einschichtigem Endothel ausgekleidet und mit Blutbestandteilen gefüllt sind. Daneben finden sich Kapillaren, deren nach dem Zentrum zu gerichtete Wand von einschichtigen Endothelzellen gebildet wird. Dagegen bestehen die nach dem Rande der Geschwulst zu gelegenen Wandteile aus mehrschichtigen, oft kubischen, oft epithelähnlichen Zellschichten. Man wird hier jedoch nicht von Epithelzellen, sondern in Übereinstimmung mit den ebenfalls kapillarwandbildenden Endothelien von mehrschichtigen, epithelähnlichen Endothelien zu sprechen haben. — In den an die bindegewebige Kapsel anschließenden Tumorrandgebieten finden sich an der nicht nekrotischen Seite stellenweise ganze Reihen von Zellnestern. Bei genauer Betrachtung zeigen sich aber auch hier in manchen kleine zentrale Räume, die wohl als Reste von Kapillaren anzusehen sind, da sie häufig auch noch Reste von Blutbestandteilen enthalten. Die Kerne dieser Zellen sind blaß und gleichmäßig stark gefärbt. Die Zellen selbst sind annähernd gleich groß. Da bei diesen Geschwulstformen die

Endothelzellen oft in das Gefäßlumen hineinwuchern, ist die Entstehungsweise dieser teilweise als reine Zellnester imponierenden Bestandteile aus den Endothelien wohl glaubhaft. — Zwischen dem Geschwulstparenchym findet sich spärliches Bindegewebe mit reichlich Gefäßen. An verschiedenen Stellen sind die Lymphozyteneinlagerungen häufchenförmig angeordnet.

Um zu einem Urteil über die Natur dieses Tumors zu gelangen, ist es nötig, seine mögliche Entstehungsweise zu erörtern. Nach Borst ist die erste Möglichkeit, daß sich aus indifferenten Mesenchymzellen Endothelien, fibrilläres Stroma und Blutbildungszellen entwickeln. Die zweite Möglichkeit ist, daß der Tumor durch atypische Wucherung der Angioblasten und damit des Gefäßendothels entstanden ist. — Gerade das Endothelgewebe ist zu so ausgedehnten Neubildungsprozessen befähigt. Die Beteiligung der Endothelzellen bei Thrombusorganisation, bei sklerotischen Gefäßprozessen und bei Heilung von Gefäßwunden erklärt eine fibroblastische Fähigkeit der Gefäßendothelien und damit auch die Entstehung der geringen fibrillären Grundsubstanz des Tumors. Die Vermehrung der Zellelemente denkt man sich amitotisch und durch die für sie typische Karyomitose. Das Wachstum erfolgt rein expansiv, indem die Geschwulst selbst einen runden, abgegrenzten Knoten darstellt, der die mit ihm in Verbindung stehende Umgebung nur verdrängt, komprimiert und zurückschiebt, aber niemals infiltrierend in sie hineinwächst. — Nach all dem erscheint es sehr wohl möglich, daß das Gefäßgewebe blastomatös wuchern und entarten kann und somit an der Entstehung unseres Tumors grundlegend beteiligt ist.

An diese Ausführung schließt sich nun die Diagnose und Einreihung unseres Tumors in die bekannten Gruppen. Das abgekapselte, nicht infiltrierende Wachstum, die gleichmäßige Größe und Färbbarkeit der Zellen, das Ausbleiben von Rezidiven und Metastasen lassen einen, zur Zeit unbedingt gutartigen Tumor vermuten. Wenn auch die Zellnester z. B. anfangs dagegen sprechen, so habe ich doch eingangs schon erwähnt, daß es sich in diesem Falle nicht um die typischen Zellanhäufungen epithelialer, carcinomatöser Neubildungen handelt. Sie müssen vielmehr bei dieser Geschwulst im Sinne einer Umbildung der platten, einreihigen

Endothelzellen im Verlaufe der blastomatösen Wucherung in mehrschichtige, oft sogar kubische Zellformationen gedeutet werden (nach Ribbert sind die sonst platten Endothelzellen im kollabierten und entzündeten Zustand meist kubisch). — Ein weiterer Beweis für die Zugehörigkeit unseres Tumors zu den Endotheliomen der Gefäßgeschwülste besteht nach Virchow in dem direkten Übergang von wandständigen, einschichtigen, platten Endothelzellen in mehrreihige, bereits blastomatöse Tumorelemente an ein und derselben Kapillare — die Endothelzellen werden selbst zu Geschwulstzellen. Da die Endothelgeschwülste wegen ihrer epitheloiden Bestandteile leicht mit Karzinomen verwechselt werden, so ist gerade dieser Übergang der normalen Endothelzellen in die Geschwulstzellen von großer Bedeutung. Zur weiteren Differentialdiagnose zwischen Endotheliom und Karzinom trägt außerdem bei, daß bei unserem Tumor der Nachweis von feinen Bindegewebszügen mit Gefäßen zwischen den epithelähnlichen Zellen gelingt, während dies bei Karzinomen nicht der Fall ist. Auch die entzündlichen Infiltrationen lassen sich nach Ribbert im Sinne der Gutartigkeit erklären. Diese rasch wachsenden Tumoren stellen Fremdkörpern ähnliche Gebilde dar und liefern Stoffwechselprodukte, die dem normalen Gewebe schädlich sind. Infolgedessen ist eine entzündliche Reaktion des gesunden Gewebes wohl verständlich. Zuletzt spricht für die Gutartigkeit des Tumors eine gewisse beginnende hyaline Degeneration des nach dem Rande zu liegenden Bindegewebes und vor allem der bindegewebigen Kapsel.

Für die Benennung unseres Tumors kann man nach Virchow von zwei Gesichtspunkten ausgehen. In dem einen Fall klassifiziert man die Geschwulst rein morphologisch-anatomisch. Im anderen Falle ist es zum besseren Verständnis notwendig, womöglich auch noch die Genese des Tumors bei der Benennung zu berücksichtigen. — An unserem Tumor läßt sich durch den Übergang von platten Endothelzellen in Geschwulstparenchym und durch Proliferation in die Lichtung der Endothelröhren eindeutig nachweisen, daß es sich um einen blastomatösen Prozeß der Endothelzellen handelt. Also ist in diesem Falle die umstrittene Bezeichnung eines Hämangioendothelioms wohl berechtigt. Um nun noch deutlicher hervorzuheben, daß es sich bei den gewucherten Endo-

thelzellen speziell um Blutgefäßendothelien handelt, bezeichnen wir die Geschwulst als ein Hämangioendotheliom.

So zeigt sich nach dem makroskopischen wie nach dem mikroskopischen Bild doch trotz aller momentan vielleicht karzinomähnlich wirkender Bestandteile ein im Augenblick gutartiger Tumor. — Obwohl von Rezidiven und Metastasen bis jetzt noch nichts bekannt ist, ist es nach Borst wohl möglich, daß dieser zur Zeit der Exstirpation gutartige Tumor später im Sinne eines Hämangiosarkoms hätte entarten können. Eine Entscheidung darüber kann jedoch nicht gefällt werden, da die bisherige histogenetische Entwicklung keinerlei sichere Anzeichen dafür bietet.

Fall 2:

Bei unserem zweiten Fall handelt es sich um die Geschwulst aus der Brust eines 48jährigen Mannes. Da in der Klinik keine Aufzeichnungen für eine Vorgeschichte vorhanden waren, kann leider keine genaue Anamnese angeführt werden. Bei der Operation fand sich ein kirschgroßer, leicht ausschälbarer Tumor.

Das mikroskopische Bild zeigt auch hier wieder eine vollständig abgekapselte Neubildung. Die im Verhältnis zur Geschwulst sehr dicke Kapsel besteht zum großen Teil aus Bindegewebe, das an den meisten Stellen hyalin degeneriert ist und ganz geringe Lymphozyteneinlagerungen aufweist. An zwei Stellen hat man den Eindruck, als ob Tumorgewebe in die bindegewebige Kapsel eingebrochen wäre. Dort finden sich mit Endothel ausgekleidete Maschen- und Gefäßräume mit geringen Lymphozytenanhäufungen. — Das eigentliche Tumorparenchym besteht aus ganz verschieden großen Gefäßräumen, in denen aber irgendwelche Blutbestandteile nicht mehr nachzuweisen sind. Ausgekleidet sind diese Maschenräume zum größten Teil mit einschichtigen, platten Endothelzellen, deren Kerne gleiche Größe und Färbbarkeit aufweisen. Nur an ganz wenigen dieser Kapillaren findet sich einschichtiges Endothelgewebe, das direkt in mehrschichtiges, epithelähnliches Gewebe übergeht. — Das Stroma besteht aus geringen Bindegewebszügen, die sich nur um einige der größeren Gefäße etwas verstärkt finden. Sie sind fast kernlos und hyalin degeneriert. Die endothe-

lialen Sprossen sind überall fast vollständig kanalisiert. Daher finden sich wenig solide Zellstränge.

Entstehung: Auch bei diesem Tumor ist anzunehmen, daß sich seine Bestandteile nicht direkt aus indifferenten Mesenchymzellen entwickelten, sondern daß es sich auch hier um einen blastomatösen Prozeß handelt, der von den Angioblasten ausgeht. — Das Wachstum erfolgte rein expansiv, niemals infiltrierend. Das jetzige Bild zeigt eine vollkommen reife Geschwulstform, da die endothelialen Sprossen vollständig kanalisiert und die Kerne gleichmäßig groß und färbbar sind. Von Metastasen und Rezidiven ist auch hier nichts bekannt geworden und man kann nach all den Ausführungen auch diesen zweiten Tumor als unbedingt gutartig ansehen.

Da die Genese dieser Geschwulst eindeutig feststeht, zählt man auch sie zu den Hämangioendotheliomen.

Nach diesen Ausführungen über unsere beiden Tumoren möchte ich zur Vervollständigung noch einige entsprechende Fälle anführen, die in der Literatur bekannt geworden sind.

Eine vollkommen gleiche Tumorform habe ich im Schrifttum der Jahre 1910—1936 nicht finden können und auch von den ähnlichen sind nur verhältnismäßig wenige beschrieben. Am übereinstimmendsten mit unseren beiden Geschwülsten ist ein Fall, den Amorosi in der Clinica chirurgica veröffentlicht. Es handelt sich um eine Geschwulst aus der linken Mamma einer Frau, die sich in 7 Monaten entwickelte und im wesentlichen das mikroskopische Bild eines Hämangioendothelioms bietet. Verfasser bezeichnet ihn als vasculären Tumor der Brustdrüse.

Die meisten der übrigen in der Literatur bekannt gewordenen Geschwülste tragen bereits in irgend einer Form den Charakter der Bösartigkeit und können nach Borst in drei Gruppen eingeteilt werden:

1. die malignen Geschwülste, evtl. mit Metastasenbildung,
2. multiple primäre Geschwülste,
3. hyperplastische Systemerkrankungen.

Fast alle Formen stimmen weder in der Anamnese, noch im makroskopischen Bild, sondern nur im mikroskopischen Aufbau mit den

unseren überein. Zuerst noch einige Fälle, die die Verfasser unter der Bezeichnung Hämangioendotheliome veröffentlichten:

1. Dentici S. beschreibt eine Hämangioendotheliom, diesmal am harten Gaumen eines 52jährigen Mannes. Es befindet sich jedoch bereits im Zustand beginnender Aggressivität.

2. Cannata I. M. veröffentlicht in der Pathologica Genova die klinische und anatomische Beschreibung eines umfangreichen zystischen Tumors vom hämangioendotheliomatösen Bau der im retroperitonealen Gewebe hinter dem Duodenum lag.

3. Ein Fall von angioplastischem Hämangioendotheliom des os parietale beschreibt Dr. J. Wassilieff. Die Geschwulst war durch den Knochen bis auf die Gehirnhäute gewuchert. Nach dem Verfasser beweist sie mit Sicherheit die Möglichkeit der Bildung von bösartigen Neoplasmen aus dem Endothelgewebe.

4. In der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie erörtert Sussig folgenden Fall: In 3 Wochen Entstehen eines walnußgroßen, schmerzhaften, derben, gut verschieblichen Tumors. Histologisch zeigen sich blutgefüllte Hohlräume, die von einer einfachen Endothelzellenlage ausgekleidet sind. Da Anzeichen von Gefäßneubildung fehlen, bezeichnet er die Geschwulst als Hamartom.

Als Letztes noch einige Fälle von diffuser Systemerkrankung des endothelialen Teiles des histiozytären Apparates, deren mikroskopischer Aufbau mit unseren Tumoren in gewissen Zusammenhang gebracht werden kann. Den ersten Fall beschreibt Grabowski: Die Wucherungen des Gefäßendothels in Milz, Leber, Knochenmark, Lymphdrüsen, Nieren und Nebennieren zeigen Neigung zu cavernomartigen Bildungen und sarkomatösen Wucherungen. Zweitens Raedeli zeigt einen Fall von kaposischer Krankheit der Haut, bei der es sich zunächst um eine Angioendotheliomatosis handelt. Er bezeichnet diese Neubildungen mit dem besser entsprechenden Namen Angioendotheliome der Haut von Kaposi. Drittens: als Letzter beschreibt Hugo Leubner das seltene Bild einer Hämangioendotheliomatosis. Dabei findet er eine geschwulstmäßige Wucherung des Kapillarendothels in Leber, Milz und Knochenmark. Weitere Tumoren finden sich am Fußrücken, am linken Oberschenkel und ganz allgemein auf der Haut verteilt.

Diese kurzen Literaturauszüge zeigen, daß die einfachen Hämangioendotheliome in Knochenmark, Milz, Leber, Niere, Nebenniere und Haut (Naevi vasculosi, Teleangiektasien) vorkommen. Cavernöse Angiome treten im Subkutangewebe, Leber, Milz, Knochen, Niere, Uterus, Gehirn, Rückenmark, periphere Nerven, Mamma, Darmwand, Blase, Herzwand, Nebennieren, Ovarien, Carotis multipel und solitär auf. Die Hämangioendotheliome finden sich als einzelne Tumoren. In diesen Fällen haben sie aber meistens schon Anzeichen von Bösartigkeit, evtl. sogar von Metastasenbildung. Fälle von primär multipler Angiomatosis sprechen besonders deutlich für ein kongenitales Moment. Ebenso die Angiomatosis ganzer Systeme wie der Haut, des ganzen Mastdarms, des Zentralnervensystems. Hierbei treten sie nicht nur multizentrisch in einem einzigen Organ (z. B. Leber) auf, verbunden mit Blutzellbildung, sondern oft auch in verschiedenen Organen des Körpers gleichzeitig: Systemerkrankung.

Im Gegensatz dazu stellen unsere beiden unbedingt gutartigen Hämangioendotheliome der Brust Neubildungen dar, die in dieser Form nur sehr selten beschrieben wurden. Ihre Aufzeichnung vermag vielleicht einen kleinen Beitrag zu den Fällen über Brusttumoren, im besonderen über Hämangioendotheliome zu liefern.

Literaturverzeichnis.

Aschoff: Pathol. Anatomie, allg. Teil.
Borst: Die Lehre von den Geschwülsten.
— Pathol. Histologie.
Bormann: Ein Blutgefäßendotheliom mit besonderer Berücksichtigung seines Wachstums.
Henke-Lubarsch: Handb. d. spez. pathol. Anatomie.
1. Gefäßband.
2. Weibliche Geschlechtsorgane.
Kaufmann: Endotheliom der Pleura.
Merkel: Handbuch der pathol. Anatomie des Kindes.
Ribbert: Geschwulstlehre.
Virchow: Archiv, Bd. 151.
Ziegler: Allgemeine Pathologie.

Frankfurter Zeitschrift für Pathologie:

1. Dassel, Bd. 36: Über ein metastasierendes Hämangioendotheliom der Leber.
2. Leubner, Bd. 49: Seltene Geschwulstbildungen des Gefäßendothels.
3. Schönberg, Bd. 29: Das Hämangioendotheliom der Leber.
4. Dr. J. Wassilieff, Bd. 7: Zur Frage vom Hämangioendothelioma angioplasticum.

Zentralblatt:

1. Amorosi, Bd. 51: Endotheliom der Brustwarze.
2. Bortolozzi, Bd. 52: Über einen Fall von zystischem Lymphangioendotheliom des Hodensackes.
3. Cannata, Bd. 54: Retrodudodenales Hämangioendotheliom mit Symptomkomplex einer Cholelithiasis.
4. Dentici, Bd. 51: Hämangioendotheliom des Gaumens.
5. Fontana, Bd. 56: Über das Magensarkom, besonders über einen Fall von Lymphangioendotheliom.
6. Grabowski, Bd. 44: Angioma sarkomatodes systemat.
7. Raedeli, Bd. 51: Über den anatomisch-pathologischen Vorgang beim idiopathischen Sarkom von Kaposi. Angioendotheliom der Haut von Kaposi.

Lebenslauf.

Ich, Johanna Wurzinger, wurde am 26. 3. 1913 als Tochter des jetzigen Oberregierungsrates Wurzinger und seiner Ehefrau Martha geb. Merkel, in Kempten im Allgäu geboren.

Vom Sommer 1919 an besuchte ich die Volksschule in Ansbach, das städtische Mädchenlyzeum und die Oberrealschule in Bamberg und die Oberrealschule in Landshut, wo ich im März 1932 das Zeugnis der Reife erhielt. Dem Studium der Medizin oblag ich während der ersten zwei Semester in München und von da ab in Würzburg, wo ich im Sommersemester 1934 die ärztliche Vorprüfung und im Herbst 1937 das medizinische Staatsexamen bestand. Seit dem 1. Dezember 1937 bin ich als Medizinalpraktikantin am Pathologischen Institut der Universität Würzburg tätig.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr. Groll meinen ergebensten Dank für die Überlassung des Themas und für seine freundliche Unterstützung bei Durchführung der Arbeit aussprechen.

Ehrenwörtliche Erklärung.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine fremden Hilfsmittel benützt habe.

Würzburg im Dezember 1937.

Hanni Wurzinger.